



4 | PERCEPÇÕES DOS ALUNOS/AS DO 9º ANO DE ESCOLARIDADE SOBRE O PAPEL DO CONHECIMENTO BIOLÓGICO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Manuela Sousa, & Teresa Vilaça

Introdução

A descoberta da sexualidade atinge a sua máxima intensidade na adolescência e torna-se uma potencial fonte de comunicação, prazer e afeto nas dimensões pessoal e interpessoal (Rodrigues, & Vilaça, 2013). Simultaneamente, a descoberta do amor influencia o comportamento do/a adolescente que evidencia desejo sexual, estima pela imagem corporal, atração e, por vezes, a iniciação da vida sexual que embora contribua para o seu amadurecimento psicológico, pode constituir uma circunstância favorável à vivência de comportamentos de risco (López, & Fuertes, 1999). Esses comportamentos por vezes levam à gravidez não planeada.

Segundo a União Europeia (PNUD, 2013), em Portugal o número de adolescentes que dá à luz está a diminuir, embora continue alto. Carvalho (2010) refere que uma informação correta sobre os métodos contraceptivos pode diminuir o risco de gravidez precoce, porém, constata que mesmo com essa informação os/as adolescentes persistem em não fazer uso dos métodos contraceptivos, o que se deve, em parte, à fase de desordem emocional que vivenciam, preferindo muitas vezes, optar pelo risco. Por essa razão, e por várias outras que a seguir se apresentam, Vilaça (2015) considera imprescindível a implementação da educação em sexualidade na comunidade escolar e aponta várias razões para a necessidade de o fazer: o gosto dos/as adolescentes pelo risco e a crença na insensibilidade a acontecimentos negativos; o seu constrangimento em assumir atitudes preventivas perante os pares; as relações interpessoais com pares inexperientes e pouco informados sexualmente; a

Sousa, M., & Vilaça, T. (2017). Percepções dos/as alunos/as do 9º ano de escolaridade sobre o papel do conhecimento biológico na prevenção da gravidez na adolescência. In T. Vilaça, C. Rossi, C. Ribeiro, & P. Ribeiro (Eds.), *Investigação na Formação e Práticas Docentes na Educação em Sexualidade: Contributos para a Igualdade de Género, Saúde e Sustentabilidade* (pp. 225 – 239). Braga: Centro de Investigação em Estudos da Criança do Instituto de Educação da Universidade do Minho.

pouca capacidade para gerir racionalmente emoções fortes prevendo consequências futuras; o facto de avaliarem a saúde sexual do seu parceiro sexual com base na aparência física e social e não se prevenirem; desconhecerem se são portadores de alguma infeção sexualmente transmissível; consumirem drogas ou álcool em excesso que são fatores para terem comportamentos sexuais de risco; e a falta de respostas satisfatórias da sociedade à experiência sexual precoce dos jovens. Neste contexto, neste estudo defende-se o desenvolvimento, com os/as alunos/as, da aprendizagem baseada em projetos orientados para a ação (ABPjOa) na identificação e controlo das causas da gravidez na adolescência. Os estudos de Vilaça (e.g. Vilaça, 2012, 2014, 2016a, 2016b) têm mostrado que a metodologia IVAM (Investigação, Visão, Ação e Mudança) é eficaz no desenvolvimento da competência dos/as alunos para investigarem as consequências e causas dos problemas que emergem na sexualidade e planificarem, implementarem e avaliarem ações para ajudar a eliminar as causas desses problemas.

Assim, esta investigação procurou atingir vários objetivos, nomeadamente, analisar a importância que os/as alunos/as do 9.º ano atribuíam ao conhecimento biológico durante o desenvolvimento de um projeto orientado para a sua ação na de prevenção da gravidez não planeada na adolescência, seguindo a metodologia IVAM. Mais especificamente, procurou analisar: i) o tipo de conhecimento científico valorizado nas consequências da gravidez na adolescência identificadas; ii) o valor atribuído ao conhecimento biológico nas causas da gravidez na adolescência; iii) o valor atribuído ao conhecimento biológico nas ações realizadas para ajudarem a eliminar as causas da gravidez na adolescência.

Pressupostos teóricos

As adolescentes que engravidam têm um risco aumentado de hipertensão e anemia durante a gravidez (Maness, & Buhi, 2013) e têm menos probabilidade de terminar o ensino secundário (Perper et al., 2010). Além disso, os bebés nascidos de mães adolescentes também estão em maior risco de nascer de parto prematuro, ter baixo peso ao nascer e morrer na infância, verificando-se que há uma maior probabilidade das mães adolescentes estarem menos preparadas emocional e financeiramente para a gravidez e a maternidade (Maness, & Buhi, 2013). A iniciação precoce das relações sexuais entre os jovens influencia a frequência da atividade sexual, o número de parceiros sexuais, o aumento da gravidez na adolescência em idades muito jovens e o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis nos jovens (Ledermam, & Mian, 2003).

A grande maioria das intervenções de prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e prevenção da gravidez em adolescentes procuram reduzir os

comportamentos de risco sexual, como a frequência de relações sexuais vaginais sem preservativo, trabalhando os fatores mediadores psicossociais, tais como as crenças normativas em relação a esses comportamentos (Kirby, Laris & Roller 2007; DiClemente et al. 2008) baseados em teorias cognitivo comportamentais, como a teoria social cognitiva (Bandura 1986) e a teoria de influência social (Fisher, 1988), que identificam as variáveis psicossociais em que é necessário focar o projeto educativo para produzir as mudanças nos comportamentos de prevenção da gravidez. Na última década, o modelo Transteórico e Fases de Mudança tem sido aplicado na educação em sexualidade com alguns resultados positivos (ver, por ex., Madnick, 2015; McDonald, Papadopoulos, & Sunderland, 2012; Wallace, Evers, Wareing et al., 2007). Este modelo parte de muitos outros modelos orientados para a mudança de comportamento de saúde do indivíduo, concentrando-se mais nas mudanças de comportamento e menos nas variáveis cognitivas (como o risco percebido ou barreiras percebidas), porque se acredita que é a fase da mudança de comportamento em que se encontra que prediz o comportamento de saúde e a mudança de comportamento (Brewer, & Rimer, 2008; Glanz, Lewis, & Rimer, 2002).

A abordagem eco-holística da promoção da saúde na escola também tem vindo a ser aplicada com algum sucesso na prevenção dos comportamentos sexuais de risco. No entanto, na quase totalidade dos estudos analisados por Salazar, Bradley, Younge et al. (2010), apesar da retórica destacar a importância de uma perspectiva ecológica para compreender o comportamento de risco sexual dos adolescentes, a maior partes das investigações publicadas que usam este modelo excluem as influências do meio ambiente. De acordo com Parsons, Stears e Thomas (2002) o modelo ecológico salienta e demonstra a existência de factores que influenciam a estrutura e o desenvolvimento das escolas como lugares promotores da saúde, mostrando que alguns desses factores são externos à escola e outros são gerados internamente. Na sua perspectiva as áreas de influência externas à escola formam uma organização estrutural útil para investigar, medir e avaliar a promoção da saúde.

A metodologia IVAM (Investigação, Visão, Ação e Mudança), operacionalizada de forma a trabalhar com todas as variáveis da abordagem eco-holística da promoção da saúde na escola, tem sido desenvolvida para estruturar os projetos de educação para a saúde, promovendo a organização de atividades que tornam a participação do/a aluno/a mais fácil, com o objetivo de construir o seu próprio conhecimento orientado para a ação e promover o desenvolvimento de ações para aumentar a sua competência para a ação (Vilaça & Jensen, 2010). Esta metodologia apresenta um conjunto de questões orientadoras que devem ser aplicadas na organização dos projetos de educação para a saúde e sexualidade (Vilaça, 2008). De acordo com Vilaça (2008), na fase da investigação (I), os/as alunos/as têm que ser ativamente envolvidos na escolha do problema, devendo começar por investigar as consequências do problema, que poderão ser biológicas, psicológicas e sociais, para orientar os/as alunos/as para uma

percepção partilhada (comum) com os/as colegas sobre o que é realmente o problema atual com que estão a trabalhar, nomeadamente, porque é que esse problema é importante para eles/as e porque é importante para os/as outros/as. Também devem investigar por que razão surge o problema em estudo, isto é, os/as alunos/as têm que analisar a influência que os estilos de vida e/ou as condições de vida têm neste problema de saúde (causas do problema), sendo nesta fase importante trabalhar com a dimensão histórica para serem capazes de concluir como é que as condições atuais ou um dado desenvolvimento é influenciado pelas condições culturais anteriores e presentes (Vilaça, 2012). A segunda fase da metodologia, visões (V), consiste no desenvolvimento de visões pelos/as alunos/as, isto é, na sua apresentação de ideias, percepções e visões sobre o que desejam para a sua vida futura e a sociedade em que irão crescer, em relação ao problema em estudo (Vilaça, 2012). Na terceira fase do projeto educativo, ação e mudança (A e M), é importante que os/as alunos/as usem a imaginação e pensem criativamente para propor uma grande quantidade de ações relacionadas com a possibilidade de atingirem algumas das visões que foram anteriormente desenvolvidas, isto é, ajam para eliminar as causas do problema (Vilaça & Jensen, 2010). Esta metodologia tem sido aplicada com sucesso na educação em sexualidade na comunidade escolar, não só para os/as alunos/as decidirem por si próprios/as modificar os seus comportamentos de risco, mas também as condições de vida que favorecem a adopção e manutenção desses comportamentos (ver por ex., Rodrigues & Vilaça, 2010a, 2010b; Vilaça, 2007, 2009; Vilaça, & Jensen, 2010).

A competência para ação é segundo as revisões de literatura realizadas por Vilaça (2007, 2009, 2016a, 2016b), um conceito que compreende quatro componentes: conhecimento, compromisso, visões e experiências de ação. O primeiro refere-se à capacidade dos/as alunos/as para adquirirem um conhecimento coerente sobre os problemas: quais são, como surgiram, quem afetam e que possibilidades existem para os resolver. Segundo Vilaça (2014a, 2015), trata-se de um desafio para os alunos selecionarem os conhecimentos mais relevantes, tornando todo o saber fragmentado que adquirem nas suas vivências sobre o problema num conhecimento coerente e articulado, que pressupõe à partida uma dimensão crítica.

O compromisso dos/as alunos/as para a resolução do problema deve ser trabalhado com cuidado, uma vez que “o conhecimento sem o compromisso é vazio, e o compromisso sem o conhecimento é cego” (Jensen & Simovska, 2005, p. 310). Isto é, o conhecimento sobre os problemas apenas é transformado em ação se os/as alunos/as estiverem motivados para ajudar a resolver o problema, compreenderem as suas causas e se sentirem comprometidos para desenvolver um trabalho, individual e coletivo, reflexivo e crítico, para as eliminar (Vilaça, Sequeira, & Jensen, 2011). A componente experiência de ação refere-se a todas as experiências individuais ou coletivas desenvolvidas nos projetos de educação para a saúde, tendo uma clara consciência dos obstáculos a enfrentar na resolução dos problemas (Vilaça, 2015). Estas

experiências são fundamentais na medida em que proporcionam momentos de aprendizagem aos/as alunos/as e possibilitam o desenvolvimento da sua competência para a ação (Jensen & Simovska, 2005).

Metodologia

Descrição do estudo. Antes de iniciar-se o projeto de intervenção foi pedida autorização à Diretora do Agrupamento e aos/as encarregados de educação através da assinatura de uma declaração de consentimento informado, respeitando os princípios éticos para uma investigação em contexto escolar.

Os dados para planificar a intervenção e refletir sobre a prática foram recolhidos através de um questionário, da observação com registo em diário de aula das atividades desenvolvidas e do material produzido pelos/as alunos/as durante o projeto. Todos os/as alunos/as do 9.º ano (n=121) foram inquiridos sobre os conhecimentos e atitudes acerca da gravidez na adolescência, prevenção da gravidez na escola e comportamento sexual dos alunos/as. Em seguida, foi planificado, implementado e avaliado um projeto orientado para a ação dos/as alunos/as na prevenção da gravidez na adolescência. Este projeto, baseado na metodologia IVAM, foi desenvolvido por uma turma do 9.º ano (n=27) em dez aulas de várias disciplinas e atividades extra-aula

No início do projeto, após a realização de atividades de brainstorming em turma, os/as alunos/as, em grupo, selecionaram autonomamente um conjunto de atividades para investigarem as consequências, causas e estratégias para eliminar as causas do problema. O resultado das suas investigações foi apresentado em turma. Seguidamente, apresentaram visões criativas sobre como gostariam de viver no futuro em relação ao problema em estudo e, por fim, apresentaram várias estratégias para ajudar a resolver o problema da gravidez na adolescência, sendo selecionadas as seguintes ações a desenvolver na escola: i) lecionação de uma aula às outras turmas do 9º ano para lhes ensinar o que aprenderam sobre a prevenção da gravidez; ii) organização de uma mesa redonda com especialistas, moderada pelos/as alunos/as, para aumentar o diálogo com os/as colegas e adultos/as acerca desta problemática.

Sujeitos do estudo. Este estudo incidiu numa amostra de conveniência, constituída por uma turma (n=27) de 9.º ano de escolaridade. No entanto, todos os alunos do 9º ano (n=121) foram envolvidos no preenchimento do questionário inicial.

Apresentação e discussão dos resultados

Tipo de conhecimento científico valorizado nas consequências da gravidez na adolescência identificadas

Os resultados da tabela 1 revelam as categorias que emergiram na análise da resposta aberta que os/as alunos/as apresentaram quando se lhes perguntou quais eram as principais consequências da gravidez para a mãe e o pai adolescentes.

Tabela 1. *Consequências da gravidez para a mãe e pai adolescentes (n=121)*

Consequências	Mãe		Pai	
	f	%	f	%
<i>Biológicas/ Bio-psicológicas</i>				
Problemas de saúde para a jovem e/ou o bebé	17	14.1		
Problemas físicos, psicológicos e emocionais	22	18.2	13	10.7
<i>Psicológicas (comportamentos e atitudes)</i>				
Baixo rendimento escolar	11	9.1	5	4.2
Discriminação	9	7.4	8	6.6
Perda do apoio familiar e/ou namorado	9	7.4	5	4.1
Isolamento social	6	4.9		
Maior responsabilidade e/ou maturidade	27	22.3	34	28.1
Decisão de abortar	4	3.3	1	0.8
Suicídio	4	3.3		
<i>Socioeconómicas</i>				
Abandono escolar	57	47.1	28	23.1
Mudanças sociais na vida diária	44	36.4	33	27.3
Abandono dos filhos e/ou falta de afeto porque o filho não foi planeado	2	1.7	2	1.7
Abandonar a mãe do filho/a			2	1.7
Casamento precoce			2	1.7
Dificuldade em arranjar emprego	3	2.5		
Baixo rendimento económico	4	3.3		
Redução das possibilidades de progressão profissional	4	3.3	6	4.9
Necessidade de arranjar emprego			19	15.7
Problemas económicos			3	2.5
A única consequência é ajudar financeiramente			1	0.8
<i>Outras</i>				
Nada de bom	1	0.8		
Não sabe	3	2.5	5	4.1
Sem consequências			6	4.9
Não responde	5	4.2	14	11.6

Nota: Possibilidade de respostas múltiplas

A dimensão biológica, apenas foi referida por um pequeno número de alunos que mencionaram problemas de saúde para a adolescente e/ou o bebé (17.0%) ou

problemas físicos, psicológicos e emocionais para a mãe (18.2%) e pai (10.7%) adolescentes.

Na dimensão psicológica foi referido o aumento da responsabilidade e/ou maturidade da mãe (22.3%) e do pai (28.3%) adolescentes e a diminuição do seu rendimento escolar (mãe (♀)= 9.1%; pai (♂)= 4.2%) provocado pela preocupação excessiva com o bebé, temor de não ser aceite pela família e sociedade, dificuldades de adaptação social e insegurança em relação futuro. Estes aspetos são bastante mais referidos a propósito da mãe adolescente. Para a mãe adolescente ainda foi referido o isolamento social (4.9%), a tomada de decisão para fazer, ou não, o aborto (3.3%) (que só foi referido por um inquirido para o pai adolescente) e a possibilidade de suicídio (3.3%).

As consequências a nível social da gravidez na adolescência foi a dimensão mais referida, nomeadamente: o abandono escolar (♀=47.1%; n♂=23.1%); mudanças sociais na vida diária (♀=36.4%; n♂=27.3%); perda do apoio familiar e/ou namorado/a (♀=7.4%; n♂=4.1%); ser discriminado/a (♀=7.4%; n♂=6.6%); abandonar o filho/a e/ou falta de afeto porque o/a filho/a não foi planeado (♀=1.7%; n♂=1.7%). Para os rapazes pais ainda foi indicado como uma consequência social abandonar a mãe do filho/a (1.7%) e o casamento precoce (1.7%). As consequências a nível económico para o pai e mãe adolescentes foram pouco referidas e foram mais referidas como uma consequência para os rapazes, nomeadamente a necessidade de arranjar emprego (15.7%).

Durante as suas investigações os vários grupos clarificaram as consequências físicas da gravidez precoce para a mãe (ex., rompimento precoce da bolsa de água, parto prematuro e complicações durante o parto, aborto espontâneo, diminuição de peso e risco de anemia) e o bebé (prematuridade, baixo peso ao nascer e risco de malformações), bem como as consequências emocionais para a mãe (ex., problemas afetivos entre a mãe e o bebé, diminuição da autoestima, risco de depressão pós-parto). No entanto, continuaram a valorizar mais as consequências socioeconómicas (ex., abandono dos estudos, dificuldades em encontrar emprego, rejeição do/a adolescente por parte da sociedade e/ou família, aumento da pressão para casar)

Os resultados encontrados mostram que estes/as alunos/as valorizam mais as consequências a nível social da gravidez na adolescência do que os riscos para a saúde física ou os comportamentos e atitudes que diminuem o seu bem-estar psicológico. As diferenças de género encontradas nas ideias iniciais desvaneceram-se ao longo do projeto, mas mostram como é importante desconstruir os estereótipos de género quando se trabalha a prevenção da gravidez não planeada na adolescência.

Valor atribuído ao conhecimento biológico nas causas da gravidez na adolescência

Como principais causas biológicas para as adolescentes engravidarem identificaram a falta de informação e/ou conhecimento sobre os métodos contraceptivos (43.8%) e o uso incorreto do preservativo (6.6%) (Tabela 2), no entanto, segundo outras investigações, essa informação existe embora os adolescentes persistam em optar pelo risco (Carvalho, 2010).

Tabela 2. Causas da gravidez na adolescência (n=121)

Causas	f	%
<i>Biológicas</i>		
Falta de informação e/ou conhecimento sobre métodos contraceptivos	23	43.8
Uso incorreto do método contraceptivo (preservativo)	8	6.6
Danificação do preservativo	6	4.9
<i>Psicológicas (comportamentos, atitudes)</i>		
Uso pouco frequente de contraceção	61	50.4
Irresponsabilidade	20	16.5
Emoções dos adolescentes	10	8.3
Pressões para ter relações	10	8.3
Início da atividade sexual precoce	8	6.6
Não pensam nas consequências	3	2.5
Comportamentos de riscos – álcool	4	3.3
Comportamentos de riscos – droga	1	0.8
<i>Sociais</i>		
Violação	9	7.4
Falta de diálogo com a família	4	3.3
Falta da distribuição de preservativos	4	3.3
<i>Outras</i>		
Não responde	19	15.7

Nota: Possibilidade de respostas múltiplas

Os comportamentos e atitudes dos/as adolescentes relacionados com a fase de desenvolvimento psicológico em que se encontram, explicam de acordo com estes/as inquiridos/as as principais razões porque existem as gravidezes não planeadas não adolescência. A causa direta que indicam é o uso pouco frequente de contraceção (50.4%), embora refiram também de uma forma clara as causas que estão subjacentes a este comportamento, nomeadamente: a falta de responsabilidade na ponderação das consequências dos seus atos (16.5%); a dificuldade em controlarem as emoções (8.3%) e a pressão para terem sexo (8.3%); entre outras menos referidas. Nas suas investigações os/as alunos acrescentaram fundamentalmente causas sociais, tais como, “falta de comunicação em casa”, “maior exposição à banalização sexual”, “influência dos amigos”, “influência dos meios de comunicação”, falta de educação em sexualidade”, entre outras. Estes resultados estão de acordo com os encontrados em

outros estudos semelhantes que aplicaram a mesma metodologia na educação em sexualidade na comunidade escolar (ex., Viegas & Vilaça, 2010, 2011).

Valor atribuído ao conhecimento biológico nas ações realizadas para ajudar a eliminar as causas da gravidez na adolescência

Relativamente às estratégias para diminuir a gravidez na adolescência (Tabela 3), os/as inquiridos/as fizeram emergir três categorias nas suas respostas: estratégias para aumentar o conhecimento; estratégias para mudança de comportamentos individuais; estratégias para mudança das condições de vida.

Tabela 3. Estratégias para diminuir a gravidez na adolescência (n=121)

Estratégias	f	%
<i>Aumentar o conhecimento</i>		
Campanhas de sensibilização/informação/palestras	43	35.5
Aumento do número de aulas de ES nas escolas	16	13.2
<i>Mudança de comportamentos individuais</i>		
Usar preservativos e/ou outros contraceptivos	40	33.1
Abstinência sexual na adolescência	15	12.4
Responsabilidade	12	9.9
Não iniciar a vida sexual precocemente	11	9.1
Aconselhamento	11	9.1
<i>Mudança das condições de vida</i>		
Oferta de preservativos	18	14.9
Diálogo familiar	7	5.8
Consultas de planeamento familiar	7	5.8
Diminuir o preço dos preservativos	2	1.7
<i>Outras</i>		
Nada	4	3.3
Não sabe	1	0.8
Não responde	10	8,3

Nota: Possibilidade de respostas múltipla

Na primeira categoria referiram as campanhas de sensibilização/informação/palestras (35.5%) e o aumento do número de aulas de educação sexual na escola (13.2%). Nas estratégias para a mudança de comportamentos individuais referiram o uso de preservativos ou outros contraceptivos (33.1%), a abstinência sexual na adolescência (12.4%) e o aumento da responsabilidade (9.9%), entre outros. Na mudança nas condições em que vivem focaram: a oferta de preservativos (14.9%); melhorar o diálogo familiar (5.8%); irem a consultas de planeamento familiar (5.8%) e Diminuir o preço dos preservativos (1.7%). Nas suas investigações, os alunos ainda acrescentaram: “oferta de preservativos na escola”;

“criação de preservativos mais resistentes”; “não ceder às pressões dos colegas, amigos ou namorados”; “saber usar corretamente os métodos contraceptivos e conhecê-los”.

Depois de discutirem todas as várias estratégias que poderiam implementar para contribuir para a prevenção da gravidez não planeada na adolescência, o seu desejo para o futuro foi expresso da seguinte maneira:

Deveria existir a oferta de preservativos nas escolas. Deveríamos conversar com adultos (pais, professores, médicos). Ter um espaço para falar sobre sexualidade, com anonimato absoluto.

As visões encontradas nos/as alunos/s da turma em estudo eram semelhantes às encontradas noutras investigações (ex., Rodrigues & Vilaça, 2010a, 2010b; Vilaça, 2007, 2009; Vilaça, & Jensen, 2010). Para atingirem as suas visões, os/as alunos/as agiram sobre algumas causas do problema.

Para agir sobre a falta de informação e/ou conhecimento dos colegas, decidiram lecionar uma aula sobre o que aprenderam no projeto às restantes turmas de 9.º ano. Na maioria das turmas os/as alunos/as assumiram um papel passivo perante o ensino dos seus colegas educadores de pares, havendo apenas uma aula mais interativa. Não se verificou qualquer tentativa de inibir os/as colegas que orientavam a ação. Algumas dúvidas foram respondidas pela docente dado que excediam o domínio de conhecimentos dos/as alunos/as educadores de pares.

Com o mesmo objetivo, os/as alunos/ também organizaram uma mesa redonda com especialistas convidados/as (enfermeiro, enfermeira, investigadora) e alunos/as como moderadores/as. Durante o debate, os/as alunos/as apresentaram o problema em estudo e solicitaram a intervenção dos diferentes elementos sempre que acharam pertinente, solicitando aos especialistas informações mais detalhadas sobre o assunto. O debate teve a participação de todos, gerando sempre visões para o futuro. No entanto, notou-se alguma inibição por parte dos/as alunos/as para participarem no debate. Foi interessante observar o papel do aluno mediador em todas as suas funções. Para enriquecer este trabalho os/as alunos/as poderiam ter apresentado os resultados dos trabalhos da pesquisa que realizaram, bem como divulgar a sua avaliação sobre a formação que realizaram nas diferentes turmas e, a partir daí, promover uma reflexão com os presentes sobre as melhores estratégias a utilizar na escola para prevenir a gravidez na adolescência.

Durante esta ABPjOa, os/as alunos/as consideraram-se participantes ativos na medida em que escolheram a sequência de atividades para investigar e ajudar a resolver o problema em estudo. Enfatizaram que este foi o motivo que mais contribuiu para que gostassem do projeto e para que aumentassem a autoconfiança na sua capacidade para resolver problemas pessoais. Salientaram, ainda, o quanto gostaram de ter lecionado às outras turmas do 9.º ano, a liberdade que sentiram para sugerir visões e para decidirem as ações a realizar.

Também se verificou que as ações que realizaram por eram do mesmo tipo de outras ações desenvolvidas e avaliadas por alunos portugueses que participaram em projetos de educação em sexualidade orientados para a ação (ex., Vilaça, 2008 a, 2008b; Rodrigues & Vilaça, 2011, 2013; Viegas & Vilaça, 2010, 2011).

Considerações finais

O conhecimento científico mais valorizado nas consequências da gravidez na adolescência identificadas estava relacionado com as interações sociais dos/as adolescentes com o seu parceiro/a sexual, a família e a sociedade, nomeadamente por percepcionarem aspetos negativos nas rotinas quotidianas do pai e mãe adolescentes e considerarem que podia haver uma afastamento da família e discriminação pela sociedade. O conhecimento biológico foi menos enfatizado. Neste estudo, as percepções sobre as consequências da gravidez mostraram estereótipos de género que diminuíram durante a ABPjOa.

O valor atribuído ao conhecimento biológico nas causas da gravidez na adolescência foi reduzido. Os comportamentos e atitudes dos/as adolescentes relacionados com a fase de desenvolvimento psicológico em que se encontram, explicam de acordo com estes/as inquiridos/as as principais razões porque existem as gravidezes não planeadas na adolescência. Durante as investigações que realizaram os/as alunos acrescentaram fundamentalmente causas sociais para a gravidez na adolescência.

No entanto, quando investigaram estratégias para diminuir a gravidez na adolescência foi grande o valor atribuído ao conhecimento biológico. O mesmo aconteceu nas ações coletivas que realizaram para ajudarem a eliminar as causas da gravidez na adolescência. Algumas possíveis explicações para este resultado, podem encontrar-se na tentativa de reprodução das estratégias usadas pelos seus professores e professoras para fazer educação em sexualidade ou da falta de tempo no ano letivo para optarem pelas outras estratégias de mudança que tinham previamente indicado.

Em síntese, este projeto, nesta turma, mostrou-se eficaz no aumento do conhecimento dos alunos sobre as consequências e as causas da gravidez na adolescência e sobre as ações a adotar para a prevenir. No entanto, verificou-se uma incongruência entre as dimensões do conhecimento mais valorizado na identificação das consequências (social) e causas (psicológico e social) da gravidez na adolescência e mobilizado nas ações desenvolvidas (biológico). Também se observou que a educação na prevenção da gravidez na adolescência tem que ser sensível à desconstrução de estereótipos de género. Assim, no futuro seria interessante reproduzir o projeto noutras turmas e noutros contextos, quer para aumentar a qualidade do projeto de

educação para a saúde na escola, quer para contribuir para a investigação em educação em sexualidade.

Referências

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Brewer, N.T., Rimer, B.K. (2008) Health behavior theories that focus on individuals. In K. Glanz, B. K Rimer, K., Viswanath (Org.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (4th edition, pp. 149-165). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Carvalho, D. (2010). *A experiência da gravidez na adolescência. "Pensa que é uma bonequinha de farraos o menino! Ela depois vai ver!"*, Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Portugal.
- DiClemente, R. J., C. P. Crittenden, E. Rose, J. M. Sales, G. M. Wingood, R. A. Crosby, & L. F. Salazar (2008). Psychosocial Predictors of HIV-Associated Sexual Behaviors and the Efficacy of Prevention Interventions in Adolescents At-Risk for HIV Infection: What Works and What Doesn't Work? *Psychosomatic Medicine*, 70 (5), 598–605.
- Fisher, J. D. (1988). Possible Effects of Reference Group Based Social Influence on AIDS-Risk Behaviors and AIDS. *American Psychologist*, 43 (11), 914–920.
- Glanz, K, Lewis, F. M. & Rimer, B. K. (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3rd edition). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Jensen B. B. & Simovska, V., (2005). Action oriented knowledge, information and communication technology and action competence : a Young Minds case study. In S. Clift, B. B. Jensen, (Eds.), *The Health Promoting School: international Advances in Theory, Evaluation and Practice* (pp. 309 – 345). Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Kirby, D. B., B. A. Laris, & L. A. Rollieri. 2007. Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. *Journal of Adolescent Health*, 40 (3), 206–217.
- Ledermam, R.P., & Mian, T.S. (2003). The parente-adolescent relationship education (PARE) program: A curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle school youth. *Behavioral Medicine*, 29, 33-41.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- Madnick, B. F. (2015). *Using the transtheoretical model to evaluate the effectiveness of peer health education and sexual health*. Master of Public Health with a

- Concentration in, Health Promotion and Behavioral Science, Faculty of San Diego State University, San Diego.
- Maness, S.B., & Buhi, E.R. (2013). A Systematic Review of Pregnancy Prevention Programs for Minority Youth in the U.S. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 6(2), 91-106 .
- McDonald, K.A., Papadopoulos, A., & Sunderland, E. (2012). Advocacy Strategies for School-Based Sex Education in Guatemala: Applying the Transtheoretical Model to Results from an Impact Evaluation. *International Journal of Sexual Health*, 24(2), 124-136.
- Parson, C., Stears D., & Thomas, C. (2002). United Kingdom – The eco-holistic model of the Health Promoting School. In B.B., Jensen, & V. Simovska (Ed.), *Models of promoting health schools in Europe* (pp. 64-66). Copenhagen: EENHPS, WHO Regional Office for Europe.
- Perper, K., Peterson, K., & Manlove J. (2010). *Child trends fact sheet: diploma attainment among teen mothers*. Washington DC: Child Trends.
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (2013). *Relatório de Desenvolvimento Humano de 2013*. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Rodrigues, C. de J. & Vilaça, T. (2013). *Educação em Sexualidade na Educação Moral e Religiosa Católica no 7º ano de escolaridade em Portugal*, *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 8 (3), 561-576.
- Rodrigues, C. de J., & Vilaça, T. (2010a). Género e aprendizagem participativa orientada para a ação em educação sexual em Educação Moral e Religiosa Católica no 7º ano de escolaridade. In H. Pereira, L. Branco, F. Simões, G. Esgalhado, & R. M. Afonso (Eds.), *Educação para a Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado* (pp. 519-531). Covilhã: Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.
- Rodrigues, C. de J., & Vilaça, T. (2010b). Género e o efeito da aprendizagem participativa e orientada para a ação no desenvolvimento da competência de ação em educação sexual. In F. Teixeira, I. P. Martins, P. R. M. Ribeiro, I. Chagas, A. C. B. Maia, T. Vilaça, A. F. Maia, C. R. Rossi & S. M. M. de Melo (Eds.), *Sexualidade e Educação Sexual: Políticas Educativas, Investigação e Práticas* (pp.214 – 222). Braga: CIE.
- Rodrigues, C. de J., & Vilaça, T. (2011). Responder às necessidades em educação sexual dos adolescentes: influência do género no desenvolvimento da competência de ação. In A. B. Lozano, M. P. Uzquiano, A. P. Rioboo, J. C. B. Blanco, B. B. da Silva, L. S. Almeida (Org.), *Atas do XI Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 457 – 467). Corunha: Universidade de Corunha, Universidade do Minho.

- Salazar, L.F., Bradley, E. L. P., Younge, S. N. Et al. (2010). Applying ecological perspectives to adolescent sexual health in the United States: Rhetoric or reality? *Health Education Research*, 25(4), 552–562.
- Viegas, A. & Vilaça, T. (2011). Educação em ciências e desenvolvimento da competência de ação em educação sexual. In L. Leite, A. S. Afonso, L. Dourado, T. Vilaça, S. Morgado, & S. Almeida (Org.), *Actas do XIV Encontro Nacional de Educação em Ciências: Educação em Ciências para o Trabalho, o Lazer e a Cidadania* (pp. 319 – 331). Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação.
- Viegas, A., & Vilaça, T. (2010). Contributos da aprendizagem sobre puberdade e reprodução humana para o desenvolvimento da competência de ação em educação sexual no 6º ano de escolaridade. In F. Teixeira, I. P. Martins, P. R. M. Ribeiro, I. Chagas, A. C. B. Maia, T. Vilaça, A. F. Maia, C. R. Rossi, & S. M. M. de Melo (Eds.), *Sexualidade e Educação Sexual: Políticas Educativas, Investigação e Práticas* (pp.119 – 128). Braga: CIE.
- Vilaça, T. (2007). Eficácia do Paradigma Democrático de Educação para a Saúde no Desenvolvimento da Acção e Competência de Acção dos Adolescentes em Educação Sexual. In A. Barca; M. Peralbo; A. Porto; A. Duarte da Silva & L. Almeida (Eds.), *Actas do IX Congresso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 971-982). Coruña: Universidade da Coruña.
- Vilaça, T. (2008a). Teaching Students to Participate in Health Education: A Study about Action-Oriented In-Service Teacher Training in Sex Education. In ICET (Eds.). *ICET International Yearbook on Teacher Education* (pp. 657-668). Wheeling: ICET.
- Vilaça, T. (2008b). The Roles of Biological Knowledge While Exploring Action-Oriented Knowledge and the S-IVAC Methodology in Sex Education. In Raichvarg, D. (Ed.), *BioEd 2008 International Conference Biological Sciences Ethics and Education: The Challenges of Sustainable Development* (p. 15). France, Dijon: University of Burgundy.
- Vilaça, T. (2009). Action-Oriented Health Education: A Didactic Approach in the Development of Intercultural Competencies while Encouraging Youthful Dialogue Between Cultures, In Libotton, A & Engels, N. (Eds.), *Teacher Education, Facing the Intercultural Dialogue. Proceedings of the 33rd Annual Conference of the Association for Teacher Education in Europe* (pp.313-324). Brussels: University of Brussels.
- Vilaça, T. (2014a). A educação em sexualidade na escola como uma vivência de cidadania: alunos e alunas como agentes socializadores da promoção de sexualidades saudáveis. In J.C. Magalhães, P.R.C. Ribeiro (Org.), *Educação para a Sexualidade* (pp.143-175). Rio Grande: Editora da FURG.
- Vilaça, T. (2015). Competência para a ação na educação em sexualidade: potencialidades da parceria entre profissionais da educação e saúde com integração das TIC. In A.P. Vilela (Coord.), *Educação sexual: do saber ao fazer*.

- Um contributo para a formação de professores* (pp. 29-47). Braga: Centro de Formação de Escolas Braga/Sul.
- Vilaça, T. (2016a). Dinâmicas das relações entre a educação para a saúde, educação ambiental e educação para a sustentabilidade nas escolas promotoras de saúde. In A.M.C. Leão & R.L. Muzzeti (Org.), *Abordagem panorâmica educacional: da educação infantil ao ensino superior* (pp. 35 - 60). Araraquara: Cultura Acadêmica Editora.
- Vilaça, T. (2016b). InterAção no núcleo da promoção de sexualidades saudáveis: competência para a ação e uso das tecnologias de informação e comunicação na escola, *Revista Linhas*, 17(34), 28-57.
- Vilaça, T. (2017). A multiple case study based on action-oriented sexuality education: Perspectives of Portuguese teachers. *Health Education*, 117(1), 110-126.
- Vilaça, T., & Jensen, B. B. (2010). Applying the S-IVAC Methodology in Schools to Explore Students' creativity to solve sexual health problems. In M. Montané & J. Salazar (Eds), *ATEE 2009 Annual Conference Proceedings* (pp.215-227). Brussels, Belgium: ATEE-Association for Teacher Education in Europe.
- Vilaça, T., Sequeira, M., & Jensen, B. B. (2011). Partnerships Between Teachers and the Community: In-Service Training in the Development of Participatory and Action-Oriented Sexual Education in Schools. *Doxa - Revista Brasileira de Psicologia e Educação*, 15 (1), 37-46.
- Wallace, L.M., Evers, K.E., Wareing, H., Dunn, O.M., Newby K., Paiva, A., Johnson, J.L. (2007). Informing school sex education using the stages of change construct: sexual behaviour and attitudes towards sexual activity and condom use of children aged 13-16 in England. *J Health Psychol.*,12(1), 179-83.

Autores/as

Manuela Sousa

Escola Básica de Gualtar, Braga, Portugal. Membro da Rede de Ensino e Investigação: Educação em Sexualidade, Saúde e Sustentabilidade (REISSS). Email: sousamanela76@gmail.com

Teresa Vilaça

Instituto de Educação e Centro de Investigação em Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga, Portugal. Coordenadora da Rede de Ensino e Investigação: Educação em Sexualidade, Saúde e Sustentabilidade (REISSS). Chair of the Research and Development Community: "Health, Environmental and Sustainability Education" of the Association for Teacher Education in Europe (desde Agosto de 2013). Co-convenor of the Network: "Research on Health Education" of the European Educational Research Association (desde Setembro de 2011). As principais áreas de investigação e ensino são a educação em sexualidade e bem estar, ação e competência para a ação em escolas promotoras de saúde, supervisão na educação em ciências e educação para o desenvolvimento sustentável. Email: tvilaca@ie.uminho.pt

